

平成30年度 介護実務者養成科(通信課程) 受講申込書

○ボールペンで必要事項をご記入ください。

※有資格者の方は、資格書または修了証の写しを添付してください。

申込日	平成 年 月 日		
保有資格 ・ 修了研修	*当てはまるものに✓チェックをしてください <input type="checkbox"/> 基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 無資格		
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日 (歳)
現住所	〒 -		
連絡先 電話番号	自宅	()	
	携帯	()	
	緊急時の 連絡先	()	【続柄: 】
職 業 ・ 職務経験	*該当するものに✓チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 介護職員(正社員) <input type="checkbox"/> 介護職員(正社員以外) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 実務経験有り <input type="checkbox"/> 実務経験無し <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> その他()		
保護者氏名	*18歳未満の方は、必ず保護者の自筆サインと捺印をお願いします。 <div style="text-align: right;">(印)</div>		
受講動機	*該当するものにチェックをお願いします。(複数可) <input type="checkbox"/> 介護福祉士資格を取得したい <input type="checkbox"/> 介護職に就きたい <input type="checkbox"/> 現職でスキルアップしたい <input type="checkbox"/> 家族介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他()		

●個人情報について、ご記入いただいた個人情報は当研修以外の目的には使用致しません。

※実施機関記入欄

※本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()		
※受付日	平成 年 月 日	※受付者	